UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 20

LES GREFFES EN PONT

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

SIMONE DUPUY

MEMBRES DU JURY

MM. VIRENQUE	*Président.*	
FABRE P.		*Assesseurs.*
RIEUNAU		
BAZEX		
GRIMOUD	*Suppléant.*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE ARTISTIQUE
18, Place Dupuy, 18

1949

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

TABLEAU DU PERSONNEL

	MM.
Doyen	LEFEBVRE
Doyens honoraires	CALVET GORSE

Professeurs honoraires

MM. RISPAL, MERIEL, RIBAUT, MAURIN, ARGAUD, LAFFORGUE, SEE GARIPUY. CLERMONT

PROFESSEURS

	MM.
Clinique de neurologie et psychiatrie	RISER
Clinique médicale	TAPIE ROQUES
Clinique obstétricale	GUILHEM
Physiologie	SOULA
Clinique chirurgicale et du cancer	DUCUING
Physique biologique et médicale	BUGNARD
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NANTA
Chimie et toxicologie	BRUSTIER
Pathologie générale et médecine expérimentale	SENDRAIL
Clinique chirurgicale et gynécologique	LEFEBVRE
Anatomie	VALLOIS LAZORTHES
Histoire naturelle	DELAS

	MM.
Clinique médicale infantile et puériculture	SOREL (R.)
Pharmacie	CAUJOLLE
Pathologie interne et clinique des maladies de la tuberculose	MOREL
Bactériologie - Hygiène - Médecine sociale	ANDRIEU
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	VIRENQUE
Clinique des maladies des voies urinaires	FABRE (P.)
Matière médicale	VINCENT
Hydrologie thérapeutique et climatologie	MERIEL (P.)
Anatomie pathologique	FABRE (J.),
Cliniq. oto-rhino-laryngologique et chirurgie maxillo-faciale.	CALVET
Clinique ophtalmologique	CALMETTES
Chimie biologique	VALDIGUIE.
Médecine légale et du travail	PLANQUES
Histologie et embryologie	BROUSSY.
Médecine Sociale	BOUNHOURE

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Physiologie	M. BAISSET,
Anatomie	COULOUMA.

AGRÉGÉS

	MM.
Anatomie	POULHÈS ch. des f.
Histologie	BIMES, ch. des f.
Médecine	GADRAT, DARNAUD, GERAUD, DARDENNE, LAPORTE (J.),
Ophtalmologie	DEODATI.
Physique Médicale	MARQUES.

	MM.
Chirurgie	GRIMOUD, RIEUNAU, DIEULAFÉ, DAMBRIN (P.),
Pharmacie	COUTURIER.
Chimie générale pharmaceutique	BLANC.
Histoire Naturelle Pharmaceutique	Mme DULUCQ-MATHO
Odonto-Stomatologie	CADENAT

COURS COMPLÉMENTAIRES

	MM.
Cours d'obstétrique aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Cours d'anatomie aux élèves sages-femmes	GUILHEM
Chimie pathologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie biologique	VALDIGUIE (P.)
Chimie minérale	BLANC
Physique pharmaceutique	AUVERGNAT
Dermatologie et syphiligraphie	BAZEX,
Législation pharmaceutique	BGUISSET
Clinique de la tuberculose	MOREL (L.) DAMBRIN (P.)
Microbiologie	BOUISSET

	MM.
Parasitologie	LASSERRE
Botanique et cryptogamie	Mme DULUC-MATHO
Chimie analytique	BLANC
Hydrologie et géologie	ASTRE
Médecine Sociale	BOUNHOURE
Anatomie médico-chirurgicale	THOMAS
Pharmacodynamie	BAISSET
Bactériologie et Hygiène	LAPORTE.
Urologie	LHEZ.
Ophtalmologie	DEODATI.
Neuro-chirurgie	LAZORTHES,
Oto-Rhino-Laryngologie	CLAUX.

Secrétaire de la Faculté .... ARGILAS.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidat
(Délibération du 12 mai 1891.)

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE et de PHARMACIE

ANNÉE 1949 N° 20

LES GREFFES EN PONT

THÈSE

Pour le Doctorat en Médecine

Présentée et soutenue publiquement en Mai 1949

PAR

SIMONE DUPUY

MEMBRES DU JURY

MM. VIRENQUE	*Président.*	
FABRE P.		*Assesseurs.*
RIEUNAU		
BAZEX		
GRIMOUD	*Suppléant.*	

TOULOUSE
IMPRIMERIE ARTISTIQUE
18, Place Dupuy, 18

1949

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

A MON PÈRE

A MA MÈRE

En témoignage de mon affection filiale.

A MON FRÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

MEIS ET AMICIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR VIRENQUE

Professeur de Clinique Chirurgicale Infantile
et Orthopédie,
Chirurgien en Chef des Hôpitaux.

Hommage de notre vive reconnaissance pour le grand honneur qu'il a bien voulu nous faire en acceptant la présidence de cette thèse.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR P. FABRE

Professeur de Clinique Urologique,
Chevalier de la Légion d'honneur.

En témoignage de reconnaissance pour le bon accueil et l'enseignement dévoué qu'il a toujours réservés aux étudiants.

A MONSIEUR LE DOCTEUR RIEUNAU

Professeur Agrégé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAZEX

Chargé de Cours à la Faculté.

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRIMOUD

Professeur Agrégé.

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN SECAIL

Chef de Clinique Chirurgicale Infantile et Orthopédie.

Qui nous a suggéré le sujet de cette thèse, nous a tenu au courant de ses travaux et nous a communiqué les documents de son ouvrage.

En témoignage d'amitié et de sincère gratitude.

HISTORIQUE de la CHIRURGIE PLASTIQUE

Ecrire l'histoire d'un art qui est loin d'avoir atteint son plein développement, peut paraître paradoxal. La chirurgie plastique, telle qu'on la conçoit aujourd'hui, groupe de nombreuses activités, s'étendant à l'ensemble du corps humain. Si cette conception est neuve, il n'en est pas de même des interventions et des faits qui lui ont donné naissance. La chirurgie de la face, chirurgie restauratrice, est la mère de la chirurgie plastique. C'est donc, en premier lieu, à cette ascendance que nous consacrerons le début de ce chapitre.

Dans nos connaissances actuelles des civilisations anciennes égyptiennes, chaldéennes, assyriennes et judaïques, il n'est pas question de greffe humaine. Cependant, la mythologie nous apprend que Cléops répare une épaule par une prothèse d'ivoire (Ovide, dans les *Métamorphoses*).

L'art de restaurer les difformités de la face remonte aux temps les plus reculés et paraît tirer ses origines de pays où les lois autorisaient à flétrir les criminels en leur mutilant le visage.

C'est à cette faveur, en effet, que la Rhinoplastie a été couramment pratiquée dans l'Inde.

Dans le Livre sacré : *Ahurveda de Susruta* (800 ans av. J.-C.), il est dit que les prêtres indiens, exerçant cette branche de l'art de guérir, ne se bornaient pas à corriger les difformités du nez, mais qu'ils savaient aussi restaurer les autres parties du corps.

Nombreux devaient être leurs succès, si l'on considère qu'ils parvenaient à réajuster à sa région donneuse, l'organe olfactif préalablement décapité par le bourreau. Aussi, l'exécuteur devait-il jeter dans un brasier l'appendice facial immédiatement après l'avoir amputé, à seule fin de diminuer les chances opératoires d'une réfection ultérieure, dont la technique consistait à emprunter le lambeau nécessaire à la région frontale.

Cette perfection de méthode, suscitée par la méfiance des juges, fut poursuivie par les générations suivantes à en croire l'anecdote rapportée par Blandin dans la *Revue Médicale* de 1830 : « Un sous-officier des canonniers de l'Armée que je commandais (c'est le Général en chef des troupes du Prince Maratte Scindiah, qui parle) avait été pris en haine par un officier supérieur; celui-ci profita d'une faute légère qu'avait commise ce sous-officier pour lui faire couper le nez. On était alors en campagne et ce malheureux mutilé fut obligé de continuer son service sans pouvoir faire restaurer son nez. Ce ne fut qu'un certain temps après, lorsque la plaie commençait déjà à se cicatriser, qu'il lui fut possible de faire pratiquer cette restauration par des Hindous. Les opérateurs commencèrent par rafraîchir la peau du nez et choisir ensuite un endroit de la fesse qu'ils frappèrent à coups redoublés de pantoufles (ô asepsie, où es-tu ?), jusqu'à ce qu'il fut bien tuméfié. Alors, ils coupèrent en cet endroit un morceau de peau et de tissus sous-jacent de la grandeur et de la forme de ce qui manquait au nez; ils l'appliquèrent sur ce dernier et l'y fixèrent solidement.
Cette espèce de greffe animale réussit à merveille ! »

La Grèce et l'Italie ne furent pas en reste sur ces premières applications de l'art plastique.

Les écrits de Celse et de Gallien contiennent, en effet, un article spécial consacré à la « restauration des parties qui manquent ou qui ont été détruites ». Mais Celse conseillait de corriger les difformités de la face à l'aide des téguments qui touchent à la perte de substance. Il ajoute même, en faisant allusion à la Chéiloplastie, que si on a la précaution de pratiquer de longues incisions verticales près des oreilles, il est beaucoup plus facile de ramener la peau vers la région médiane,

Vers le milieu du XV^e^ siècle, un Sicilien nommé Branca acquit une forte renommée grâce à une méthode de Rhinoplastie qui lui était personnelle et qui consistait à emprunter un lambeau à la face antérieure du bras. Percy dans son dictonnaire des sciences médicales, donne la raison des recherches des Italiens pour la réparation des mutilations faciales. Voici son explication : « Il fut un temps où, dans toute l'Italie et la Sicile, les malfaiteurs étaient punis par la perte du nez, parfois aussi par celle d'une oreille ou des lèvres, mais la loi ne s'opposait pas à la réfection ultérieure. Le fameux jurisconsulte Paul Zacchas n'émettait-il pas l'avis que le délinquant ayant satisfait à la justice avait toute liberté de faire disparaître s'il le pouvait, sa difformité; la cure, pleine de douleurs et de périls, constituant, selon lui, un second supplice et une autre expiation !... »

A Branca, qui avait fait école avec Vincent Vianes, succéda Tagliacozzi, lequel fut sacré auteur de la méthode italienne pour son ouvrage publié en 1597 : *Traité des réfections faciales.* La renommée de Tagliacozzi fut telle que les habitants de Bologne lui érigèrent à sa mort une statue le représentant tenant un nez de la main droite.

Déjà la chirurgie plastique se révèle comme un art susceptible de perfectionnements et d'applications multiples. Les praticiens de l'époque lui portent un intérêt de plus en plus marqué, allant jusqu'à faire naître les espoirs les plus mirifiques ainsi qu'en témoigne un tableau d'une galerie florentine représentant saint Come et saint Damien greffant à un malade la jambe d'un Maure enterré le jour même.

Ne croyons pas, pour autant, que d'autres pays, la France en particulier, n'ont pas eu de précurseurs en la matière. Un passage emprunté au *Petit Traité herniaire* de Franco, nous en fournit, en effet, la preuve. L'auteur y rapporte l'observation d'un malade atteint d'un « Ulcère en la ione ronde, de sorte qu'un œuf d'oye y eust passé ». Cette lésion avait été considérée comme incurable par toutes les somnités chirurgicales consultées... avant qu'il traitât ce malade « à Neufchatel sur le lac

en Suysse ». Il décrit le trou béant « si grand qu'il fallait que cest homme portast une bende de cuir pour empêcher qu'en mangeant, la viande ne se perdit ». Pour la technique opératoire, le comportement du praticien fut le suivant. « Ie prins un petit rasoir ou escalpelle et coupis le bout ou cuir tout à l'enuiron; après ie fendis la peau contre l'aureille, et contre l'œil et contre la mandibule inférieure, en gardant toujours... de ne pas couper les muscles de travers et... de ne point couper le cuir (premier principe d'économie du revêtement cutané).. et quand il y avait ou quelque veine qui fluoit, ie la cauterisois, avec les cautères susdits et ainsi alongis mes pièces... qui furent assemblées par sept aiguilles enfilées. »

Et, en conclusion, il ajoutait : « Ie mis aussi un linge mouillé en oxécration dessus...; et le guary en ceste sorte dedant quatorze jours. Aucuns disoyent que la ione tirerait et qu'il ne pourrait ouvrir la bouche; mais la chair y abondast autant qu'il fût besoing, et a mis barbe dessus tellement qu'il se cognoit bien peu. »

Chopart fut, par la suite, le premier auteur français à appliquer systématiquement cette méthode « par glissement », à la restauration de la lèvre inférieure.

Citons encore l'anecdote de Garengeot qui attira à ce chirurgien pamphlets, insultes et démentis, tant l'opération qu'il avait rapportée, paraissait extraordinaire. Il s'agissait d'un nez enlevé avec toute sa portion cartilagineuse, dans une rixe entre deux soldats. Le nez avait été arraché par les dents de l'un des antagonistes. L'organe qui avait roulé dans le ruisseau avait été lavé et réappliqué par le chirurgien Gaulin qui obtint une cicatrisation en quatre jours. Cela se passait en 1724.

Larrey, chirurgien général des Armées de l'Empereur, rapporte une observation où il relate qu'il reconstitua pendant la campagne d'Egypte toute une joue enlevée d'un coup de pistolet, avec guérison presque totale au bout de dix-sept jours. Il appliquait dans sa technique opératoire le procédé par glissement mis en honneur par Chopart.

Fig. 1.

Fig. 2.

Dès ce moment, étaient virtuellement créées les trois méthodes fondamentales de la chirurgie plastique :

— *La méthode indienne :* par lambeau pédiculé, pris au voisinage de la plaie à traiter et amené à son contact par un mouvement de rotation;

— *La méthode italienne :* à lambeau prélevé très loin de la surface à restaurer. Le plus souvent, la zone de prise est le bras, l'avant-bras ou la main;

— *La méthode française par glissement :* par glissement simple ou par lambeau amené par glissement à l'aide d'une incision libératrice.

En 1746, par ses expériences biologiques sur le comportement des greffes, Duhamel apportait l'élément scientifique à cette chirurgie qui, jusque là n'avait bénéficié que de la pratique empirique et parfois heureuse, de certains procédés opératoires.

En 1814, Carpue, chirurgien anglais, pratique la Rhinoplastie suivant la méthode indienne classique sur un homme qui avait perdu la pointe, la cloison et les cartilages du nez.

Vers la même époque, Delpech se livra à Montpellier à des interventions plastiques suivi par la suite par de nombreux chirurgiens français, tels que Dupuytren, Roux, Lisfranc, Velpeau, Blandin, Serre qui publie en 1842 un *Traité sur l'art de restaurer les difformités de la face.*

Les Anglais Hutchinson, Syme, Davies, A. Cooper, H. Earle, Travers, Lyston, Green, furent leurs émules, en Autoplastie; les Italiens, bénéficiant d'une illustre ascendance, pratiquèrent la spécialité avec Baroni de Rome, Signoroni de Padoue, Riberi de Turin, Pecchioli de Sienne et Reggnoli de Pise.

L'Espagne, avec Hysen, Y. Nolleras et Castells.

L'Allemagne, avec Amon, Bech, Benedict, Bringer, Chelins, Dzondi, Fricke, Heidenreich, Rimer, Ruppirus, Walter, Vernuk, Diffenback, Zeis, furent les artisans de nouveaux essors dans l'art plastique.

Le 8 décembre 1869, Félix Guyon présentait à l'Académie Impériale de Chirurgie, les premières greffes libres faites par Reverdin, son interne. A en croire les rap-

ports de l'illustre société, la découverte reçut un accueil presque aussi favorable que l'observation de réfection nasale de Garangeot.

Le 2 avril 1872, c'était au tour de Claude Bernard de présenter à l'Académie des Sciences, les greffes d'Ollier de Lyon.

En 1875 Wilf, en 1893 Krause, l'un dans le *British Medical Journal*, l'autre au Congrès de Chirurgie allemande présentent les greffes épaisses.

On peut considérer qu'à cette époque la science plastique s'imposait à l'attention du monde chirurgical.

Un article de Gustave Aufricht sur le développement de la chirurgie plastique aux Etats-Unis, résume ces différentes étapes en soulignant les progrès constants enregistrés de 1838 à 1900, en raison de l'intérêt que n'ont cessé de lui porter toute une pléiade de chirurgiens, tels que Mettaner, Masson, Warren, Mutter, Pancost, Hamilton, Buck, Prince, Rol, Hodgen, Weir, Monks.

Les deux dernières guerres n'ont pas été sans apporter leur douloureuse contribution à l'art plastique.

Dans la mesure de nos connaissances, nous nous bornerons à citer ceux qui ont marqué de leur empreinte notre époque contemporaine et, cela sans aucune idée de préséance ni distinction de nationalité.

Aufricht, Bankoff, Blair, Blaskovicks, Bourguet, Claoue, Corachan, Converse, Davis, Duclos, Dufourmentel, Esser, Ferris, Kilner, Gillies, Ginestet, Imre, Mc Indoe, Joseph Kilner, Lexer, Mauclaire, Morestin, Moure, Ombredanne, Sebileau, Sheehan, Virenque.

En 1907, Ombredanne reprend dans son ouvrage des Autoplasties, les idées de quelques-uns de ses prédécesseurs tels que Delbet, Morestin, Berger, Tuffier. Rochard et codifie, cette application de la méthode italienne aux autoplasties des membres, créant ainsi un nouveau mode de chirurgie plastique, que nous nous proposons de décrire sous le nom de « Greffes en pont ».

CHAPITRE PREMIER

LES GREFFES PÉDICULÉES EN PONT

LA MÉTHODE

Il est décrit dans de nombreux articles que certaines greffes tubulées « ou en pont », permettent les réfections plastiques. Il semble qu'il y ait là une erreur de terminologie et qu'il faille considérer séparément : d'une part les greffes tubulées ou cylindriques, d'autre part, les greffes pour lesquelles nous appliquons le terme « en pont ».

La « greffe en pont » est constituée par un volant cutané d'épaisseur variable en général, comprenant peau et tissu cellulaire adhérent, ne gardant que la base d'attache à la région qui lui a donné naissance et venant s'appliquer sur une région réceptrice située au niveau d'un membre en général, *en enjambant en pont* l'espace qui sépare la zone réceptrice de la région donneuse.

LES RÉGIONS DE PRÉLÈVEMENT

ET LES ZONES RÉCEPTRICES

Si les régions de prélèvement sont, soit sur le tronc, soit sur les membres, les zones réceptrices sont presque obligatoirement les membres. La région donneuse ou la région réceptrice doivent être obligatoirement mobiles de façon à bien s'accoler étroitement au voisinage de la zone de prélèvement. Ainsi, de bas en haut, sur le corps humain, nombreuses sont les variétés des plasties à pont, réalisables. Ce sont, dans l'ordre :

1° Les greffes jambo-jambières;
2° Les greffes jambo-pédieuses;
3° Les greffes cruro-pédieuses ou cruro-malléolaires;
4° Les greffes abdomino-manuelles;
5° Les greffes abdomino-antibrachiales;
6° Les greffes thoraco-brachiales;
7° Les greffes brachiales-croisées;
8° Les greffes brachio-faciales (greffe à l'italienne typique);
9° Les greffes labio-labiales.

La plus anciennement connue est sûrement la greffe brachio-faciale : méthode italienne de réfection du nez à laquelle nous avons fait allusion dans le chapitre historique. Les autres ne sont, en somme, que des dérivés de cette méthode, néanmoins améliorées par certains procédés techniques.

CHAPITRE II

LA TAILLE DU LAMBEAU

I. SA DISSECTION

Elle repose essentiellement sur le choix de la région donneuse. Ce choix est sous la dépendance de la solution apportée à divers problèmes.

A. Problème d'immobilisation.

Il sera fonction de la proximité des surfaces donneuses et réceptrices et de leur réunion plus ou moins facile par le lambeau en pont.

Si la région réceptrice ou la région donneuse sont au niveau des membres, il conviendra d'envisager, selon les individus, les positions les plus commodes pour eux durant le laps de temps d'immobilisation.

C'est ainsi que l'on rencontre des blessés de la face pour lesquels avant de tenter une greffe à l'italienne brachio-faciale, il est utile de préciser le côté sur lequel ils se couchent, de façon à ce que le plâtre définitif d'immobilisation cervico-brachial repose sur le plan du lit en position de décubitus latéral, au lieu d'être en porte-à-faux du côté opposé. Dans ce cas, ce sont des considérations individuelles qui dictent le membre donneur.

Au niveau des membres inférieurs, certaines greffes en pont cruro-malléolaires, par exemple, nécessitent une position relativement pénible pour le patient et, de ce fait, ne peuvent être indiquées que chez des sujets jeunes.

En effet, dans ce cas particulier, la jambe réceptrice doit se fléchir sur la cuisse homologue à 75° de façon à présenter sa face malléolaire interne, par exemple, à la face interne de la cuisse opposée, le membre inférieur de ce côté-ci étant immobilisé en extension. Si l'on ajoute que les régions inguinales doivent toujours être maintenues en position déclive par rapport aux extrémités des membres durant les suites opératoires, le maximum de pression exercé par le poids du corps s'effectuera dans le lit sur la région fessière et il faudra craindre sans une surveillance attentive, la formation d'une escharre à ce niveau, ce qui contre-indique ce genre de greffe chez des personnes âgées.

C'est donc le problème de l'immobilisation post-opératoire qui devra en premier lieu préoccuper le plasticien. A ce sujet, il conviendra de préciser les points de pression maximum de l'appareil d'immobilisation; pour ne parler que des greffes jambo-jambières, les régions talonnières (en particulier celle sur laquelle reposera sur le plan du lit tout l'appareil d'immobilisation), devra être l'objet d'un examen et de soins attentifs, au même titre d'ailleurs que la face supérieure de la jambe donneuse sur laquelle viendra appuyer durant toute l'immobilisation, la jambe réceptrice.

B. Problème de Vascularisation.

Il présente surtout un gros intérêt quand les régions réceptrices ou donneuses intéressent les membres.

La solution doit être envisagée, corollairement avec celle du problème précédent.

Dans les greffes en pont, la direction des vaisseaux tégumentaires doit être une préoccupation constante. En effet, sera voué à la nécrose partielle et parfois même totale, tout lambeau taillé en direction anarchique. Le sens de la plus grande longueur du lambeau, c'est-à-dire celui qui correspond à une ligne se dirigeant du milieu de la région d'attache au milieu du bord libre et les coupant tous deux perpendiculairement (on n'envisage ici qu'un greffon de forme rectangulaire), devra être parallèle à l'axe du membre ou très peu éloigné de cette parallèle; de plus, sur un sujet considéré en position debout, la zone d'attache du lambeau devra être située en amont et son bord libre, en aval. Parfois, le lambeau étant taillé suivant les règles précédentes, son application sur la région réceptrice nécessitera une orientation rétrograde, c'est-à-dire un renversement du lambeau autour de sa charnière d'attache; cela ne devra être considéré que comme un inconvénient mineur si on a quelques soins d'immobilisation post-opératoire. D'ailleurs, cette préoccupation découle du problème d'orientation des faces.

C. Problème d'orientation des faces.

Il va sans dire que les faces cruentées, réceptrices et donneuses doivent être intimément unies sans espace mort entre elles, ce qui exposerait à un danger d'hématome sous le transplant et à sa nécrose certaine. Un lambeau qui « tombe mal ». pour employer un terme de couture qui convient parfaitement, sera plissé, ondulé, favorisant la création d'espaces morts, gênant une bonne suture, avec un parfait affrontement des pourtours des zones coaptées, favorisant encore l'œdème de la zone d'attache du lambeau et compromettant, de ce fait, sa bonne

vascularisation. Ainsi, l'orientation des faces sera le résultat d'une solution satisfaisante des deux problèmes précédents ainsi que du suivant.

E. Problème de la taille du lambeau proprement dit : Le patron.

Après avoir avivé ou excisé les berges de la zone réceptrice, il convient de tailler le lambeau de comblement. Dans tous les cas, on utilisera un « patron » préalable, sur papier buvard stérile ou mieux encore sur une toile stérile; on prend le dessin de la zone réceptrice (le tissu épouse mieux les reliefs et anfractuosités de la zone d'accolement et donnera une meilleure surface que le papier plus difficile à modeler sur une région parfois tourmentée).

Ce patron est ensuite découpé selon les limites qu'a dessinées le sang épanché de la région à couvrir. Immédiatement, ce modèle est porté sur la région donneuse, orienté comme il a été précédemment précisé. L'emploi du patron est indispensable, tout au moins lorsque le plasticien n'est pas encore familiarisé avec :

— L'évaluation de la surface à combler;
— La rétraction pré-opératoire du lambeau décollé;
— Son orientation sur la surface donneuse.

La première évaluation s'acquiert rapidement. En principe, d'ailleurs. il vaut toujours mieux prévoir plus que pas assez (surtout lorsqu'on emploie la méthode des lambeaux retardés).

Il faut toujours dessiner la totalité du lambeau à découper avant d'en assurer le décollement. Celui-ci, une fois effectué, modifie par action des fibres élastiques du derme, l'apparence du transplant. Sa forme et son orientation définitives risquent d'en être perturbées.

Quant à l'épaisseur du lambeau, très variable, elle dépend de son utilisation.

Le tissu adipeux devra, selon les cas, être prélevé avec parcimonie ou en grande quantité.

Un tissu cellulaire, sous-cutané trop épais, risque de proliférer sous les couches cutanées transplantées et com-

promettre le résultat définitif. Parfois, cette prolifération devra être recherchée lorsqu'il conviendra de « matelasser » une greffe en pont (exemple: réfection de la face plantaire du pied).

II. LA RÉINSERTION DU LAMBEAU :

LE LAMBEAU RETARDÉ

Certains auteurs désignent sous ce terme différentes opérations de chirurgie plastique qui « nécessitent un ou deux temps opératoires préliminaires avant leur mise en place définitive ».

Si l'on s'en tient à cette définition, presque toutes les interventions en chirurgie plastique sont des interventions retardées, qu'il s'agisse de transplantation en plusieurs temps, de transplantation sur hôte intermédiaire, de lambeaux doublés. Aussi, faut-il limiter le cadre imparti à ces lambeaux dits « retardés ».

Principe de la méthode.

Dans son ouvrage sur la Chirurgie plastique. J. Sécail en donne la définition suivante : « Nous entendons par « lambeau retardé » un greffon pédiculé simple, non immédiatement utilisé dans un but de réfection plastique, mais réinséré à la région qui lui a donné naissance, avant son utilisation définitive, après nouveau décollement, dans un temps opératoire secondaire.

L'avantage de cette méthode est de réaliser au niveau de l'accolement des deux faces, des tissus hyper-vascularisés dont les qualités plastiques sont accrues et dont la transplantation ultérieure ne comportera aucun risque. »

C'est Blair qui, le premier, instaura la méthode de ces lambeaux retardés. Schématiquement, les interventions nécessitées par ce mode de plastie, s'échelonnent de la façon suivante dans le temps :

1° *Dissection du lambeau à transplanter et décollement de la zone donneuse par rotation, autour d'un pédicule nourricier.* Exemple : un lambeau de forme qua-

drangulaire est décollé des plants sous-jacents, doublé ou non de tissu cellulo-graisseux, grâce à trois incisions correspondant à trois côtés de ce rectangle, le quatrième côté convenablement choisi et orienté sert de charnière de rotation à ce pédicule;

2° *Réimplantation sur la zone donneuse du lambeau* ainsi réalisée par sutures *in situ* des trois côtés du rectangle disséqué.

Cette réimplantation doit être effectuée après un temps d'hémostase rigoureux;

3° *Nouveau décollement du transplant en vue de son utilisation définitive.*

Après un laps de temps plus ou moins long (vingt jours en général) mais cependant sujet à certaines variations, on décolle à nouveau le lambeau pédiculé. Les adhérences à nouveau contractées entre lui et la région donneuse, suffisent à le décoller après avoir toutefois, au préalable, incisé la zone de suture périphérique qui, dans le cas d'une greffe bien nourrie, est toujours solidement constituée. Ce dernier décollement étant effectué, l'opérateur se trouve en présence de deux surfaces symétriques et adjacentes situées de part et d'autre de la ligne de charnière du décollement et toutes deux présentant leurs faces cruentées.

Si la face profonde du lambeau doit être suturée à la zone réceptrice, la région mise à nu par son décollement doit être immédiatement comblée.

III. LE COMBLEMENT DE LA RÉGION DONNEUSE

Il dépend du choix de cette région. Si elle est située au niveau de l'abdomen ou de quelque autre région de revêtement cutané abondant, ce revêtement s'effectuera par simple plastie, par glissement. Dans le cas contraire, et au niveau des membres en particulier, on aura recours à une greffe dermo-épidermique libre qui sera de préférence suturée au niveau de la région.

IV. L'ACCOLEMENT SUR LA ZONE RÉCEPTRICE

C'est le point le plus important de la technique. Il va faire l'objet du chapitre suivant.

CHAPITRE III

MOYENS DE FIXATION
PANSEMENTS - IMMOBILISATION

LES SUTURES

A. Suture du comblement de la région donneuse.

1° *En cas de greffe libre,* la suture s'effectue par surjet. Le surjet des bords libres ne présente aucune particularité. Plus délicat est celui unissant la greffe à la région profonde de la zone d'attache du lambeau pédiculé. Ce surjet ne doit être transfixiant que pour la greffe libre, mais ne mordre que sur la face profonde du transplant cutané (suture à l'aiguille. cutanée fine, courbe, genre aiguille d'Ascholon).

2° *En cas de plastie par glissement,* l'amarrage du lambeau de couverture nécessite une certaine traction sur ce lambeau.

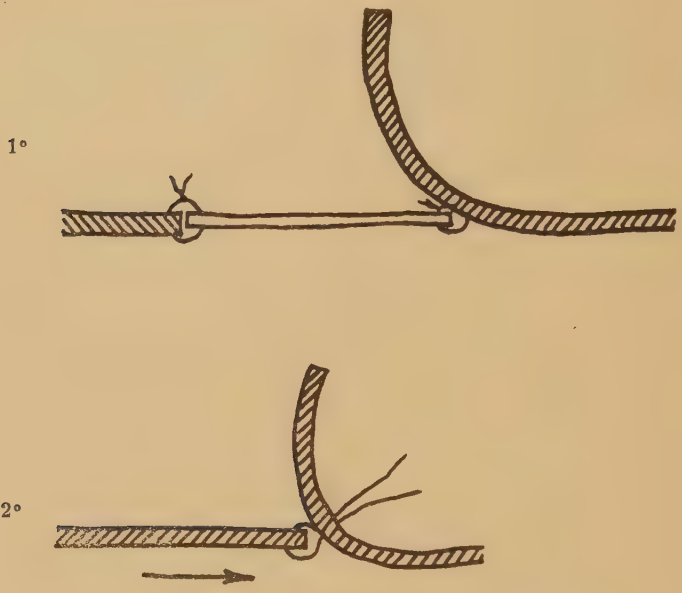


Fig. 3. — Suture du comblement de la région donneuse.

Un surjet mené au niveau du pédicule et ne prenant que la face profonde du transplant, se désunira très rapidement. Aussi, dans ce cas, a-t-on l'habitude de pratiquer des points transfixiants simples prenant d'une part le fond libre du lambeau amené par glissement et, d'autre part, la zone cutanée située au delà de la région d'attache. Cela, à seule fin d'éviter l'ischémie du transplant cutané par striction de sa zone d'attache. Pour la même raison, les points en U seront abandonnés et ce sera par nœuds simples non ischémiants et effectués de préférence avec une aiguille de Réverdin fine, à longue pointe.

B. Suture du lambeau transplanté.

1° *Les charnières.*

I. Une première charnière est constituée au niveau de la zone d'attache du lambeau sur la région donneuse.

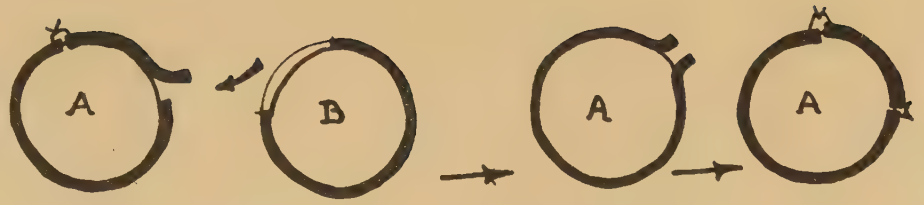


Fig. 4. — Schématisation de la méthode en pont.

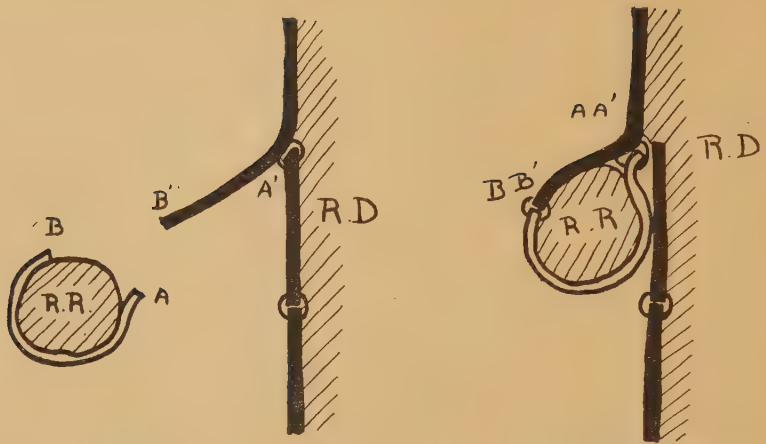


Fig. 5. — RD, région donneuse; RR, réceptrice; AA′ et BB′ charnières.

Fig. 5-6. — Suture des charnières.

Fig. 7. — La région réceptrice et sa charnière.

L'angle dièdre dont elle constitue l'arête, est limité d'une part par la plastie du comblement de la région donneuse et, d'autre part, par la face cruentée du lambeau.

II. Une deuxième charnière doit être ménagée au niveau de la région réceptrice sur le côté qui doit correspondre lors de la coaptation définitive avec la charnière précédemment décrite.

2° *Suture des charnières.*

Ainsi ces deux charnières ont pour but une meilleure coaptation du transplant cutané sur la zone réceptrice. En effet, celle bordant la zone réceptrice permet d'insinuer dans l'angle dièdre donneur précédemment décrit. le bord récepteur ainsi décollé; de plus, celui-ci présente à la face cruentée du transplant cutané, une autre face cruentée; d'où, une coaptation possible entre ces deux faces.

Aussi, après les sutures de comblement de la zone donneuse, le plasticien devra-t-il coapter les deux charnières décrites.

Il est préférable d'effectuer cette suture par points transfixiants non ischémiants, cette façon de faire permettant mieux que le surjet profond, l'insertion du bord récepteur dans l'angle dièdre donneur. Les nylons sont le plus souvent employés comme matériel de cette suture.

UNE PRÉCAUTION A RESPECTER

L'accolement des lambeaux, tel que nous venons de le décrire, possède un minime inconvénient, mais qui peut avoir de fâcheuses conséquences si l'attention du plasticien n'est pas sur lui attirée. Cette coaptation tend à créer un espace mort triangulaire allongé à la base de l'implantation du lambeau cutané, limité d'une part par ce lambeau lui-même, d'autre part par une portion de la zone réceptrice; d'autre part, encore. par la face cruentée de la zone charnière réceptrice. Cet espace mort peut être le siège d'un hématome générateur de suppuration et de nécrose. Aussi, est-il indiqué d'insérer avant la suture définitive des bords libres, un faisceau de crins ou tout

autre moyen de drainage filiforme de cette zone. Le pansement définitif tend également à réduire à néant cet inconvénient technique.

SUTURE DES BORDS PÉRIPHÉRIQUES

Celle-ci ne présente rien de particulier sauf qu'il convient d'assurer en premier lieu les points d'angle et les points de relief le plus accusé.

Entre ces repaires, à points séparés, préférables au surjet toujours ischémiant, les sutures sont faites au fil de nylon, de préférence.

LE CAPITONNAGE

Y a-t-il intérêt à « capitonner », c'est-à-dire — pour employer un terme de matelassier — à mener des points transfixiants partiels ou totaux dont le but est de rendre plus intime l'adhérence entre le transplant cutané et la surface réceptrice. Dans le cas d'une surface réceptrice unie et sans reliefs accusés, c'est là une manœuvre inutile, à condition d'appliquer le lambeau sous une certaine tension, ce qui est une garantie d'adhésion dans ce cas particulier. Dans le cas contraire, il y aura intérêt à faire quelques points de capiton dans les zones déclives où les points anfractueux, de façon à assurer l'adhérence du lambeau à leur niveau et à éviter la formation sous celui-ci d'espaces morts. dont on connaît les dangers.

Néanmoins, ces points de capiton devront être aussi rares que possible, car ce sont des points transfixiants obligatoirement en U, des points qui tirent, donc ischémiants et générateurs de cicatrices vicieuses en leur point de suture.

LES PANSEMENTS

A. Intéressant la plastie de comblement de la zone donneuse.

C'est le pansement élastique habituel : compresses vaselinées, acide borique, pénicilline diluée, sous pression d'une fine éponge de mer. La pression à ce niveau est d'ailleurs souvent assurée par une partie avoisinante de la zone réceptrice (dans le cas de greffes thoraco-abdominales, brachio-brachiales, jambo-jambières, en particulier).

B. Pansement au contact du lambeau transplanté.

Il doit avoir pour but :

1° *D'appliquer étroitement le lambeau sur la zone réceptrice :* par le même procédé que précédemment : pansement compressif sur éponge de mer;

2° *De supprimer au maximum l'espace mort,* signalé antérieurement à l'union des charnières des régions réceptrices et donneuses. Aussi, sur la face supérieure du lambeau. le pansement devra être armé d'une prothèse de stents, le plus souvent, qui pourra s'insinuer dans l'angle dièdre compris entre la face supérieure du transplant et la zone adjacente de la région qui lui a donné naissance.

L'ensemble sera maintenu en place par des bandes adhésives placées sous une certaine tension de façon à réaliser un ensemble compressif.

C. Pansements au niveau des points de pression.

Deux faces cutanées longuement immobilisées intimément en contact l'une de l'autre, ne tardent pas à s'irriter et à être la cause pour le patient de douleurs à type de brûlures parfois insupportables.

Or, tout mouvement peut être néfaste à la coaptation et à la vitalité des lambeaux.

Toutes les régions de pression seront soigneusement protégées par de petits coussinets de coton préalablement saupoudrés d'acide borique finement pulvérisé qui évite toute infection et irritation par les seules sécrétions cutanées. Soit, par exemple, une greffe jambo-jambière; les pansements de ce genre sont au nombre de sept :

1° Entre les deux faces internes des genoux;

2° Entre les deux faces externes et internes des malléoles;

3° Au niveau des faces externes des deux pieds;

4° Sous la plante des pieds;

5° Sous les talons et tendons d'Achille.

Maintenus en place par des bandes adhésives, ils rendent supportable l'immobilisation définitive.

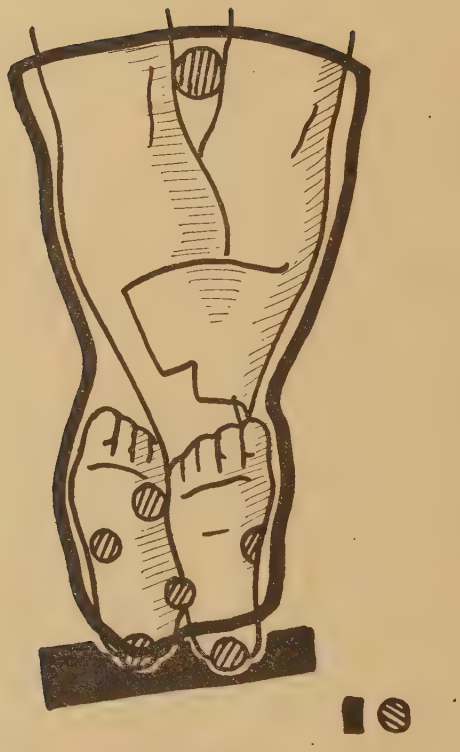


Fig. 8. — Limite de l'appareil plâtré. Les coussinets.

L'IMMOBILISATION POST-OPÉRATOIRE

Elle doit intéresser non seulement la plastie, mais encore les segments corporels en présence, ainsi que les zones articulaires immédiatement sus et sous-jacentes. Ainsi, une plastie abdomino-brachiale nécessitera une immobilisation prenant à la fois le tronc, le coude, les bras, l'avant-bras et la main. Une plastie brachio-faciale immobilisera la tête, les mains, l'épaule, le coude et les segments de membres compris entre eux.

Une plastie jambo-jambière nécessitera un appareillage des deux membres inférieurs, sauf les hanches.

a) *Les attelles* paraissent insuffisantes pour cette immobilisation qui doit être aussi rigoureuse que possible.

b) *Les plâtres armés* constituent la méthode la meilleure. Il convient d'inclure au sein de ces plâtres les pansements compressifs précédemment décrits. Des anneaux seront aménagés aux extrémités de ces plâtres qui permettront dans certains cas de surélever les extrémités des régions opérées, par rapport à leur zone d'attache.

CHAPITRE IV

SOINS : PRÉ et POST-OPÉRATOIRES

I. SOINS PRÉ-OPÉRATOIRES

Les greffes en pont qui reconnaissent parfois des indications bien particulières au niveau des membres, surtout troubles trophiques, ulcères, escharres, nécessitent une parfaite vascularisation de la région donneuse et une possibilité de cicatrisation et de réhabitation vasculaire du pourtour de la région réceptrice. Aussi, sera-t-il utile de mettre en jeu les épreuves d'évaluation de la qualité et de la quantité vasculaire :

1° Les petits moyens.

Ils ont pour but d'évaluer l'état des systèmes artériels et veineux.

Systèmes artériels :

a) L'épreuve du bain chaud;

b) L'épreuve de l'histamine;

La peau de la région à traiter et de la zone de prélèvement est superficiellement scarifiée sur une petite zone imbibée d'une goutte d'histamine au 1/1.000e. Si une zone érythémateuse apparaît dans les cinq minutes qui suivent l'opération, la vaso-dilatation se fait normalement et le sang artériel irrigue convenablement les surfaces donneuses et réceptrices.

— *L'épreuve du sphigmo-manomètre.*

Système veineux.

Très souvent, ces interventions plastiques sont imposées chez des sujets dont le système veineux est déficient, chez lesquels il convient de pratiquer des interventions vasculaires avant les opérations plastiques. Chez ces sujets, on pratiquera :

— *L'épreuve de Brodie-Trendelenburg :* Le malade est étendu sur un lit et, par une élévation du membre inférieur, les veines sont vidées au maximum. A ce moment, on comprime à la main l'origine de la saphène au niveau de la cuisse et le malade reprend avec précaution la position verticale. Si, sans lâcher la pression exercée, les veines de la jambe se remplissent, c'est que les valvules des veines collatérales sont nettement insuffisantes et ont permis le reflux du sang. Si, au contraire, les veines ne se remplissent pas, les valvules des veines collatérales sont en bon état. On lâche alors la pression exercée par la main. Si les veines se remplissent *brusquement,* c'est que le sang reflue dans un sens centrifuge et que, par conséquent, les valvules des veines supérieures sont devenues insuffisantes.

— *L'épreuve du garrot.*

Après un léger exercice, les veines sont examinées. On place un garrot à la partie haute de la cuisse et le sujet fait alors quelques pas :

a) S'il y a amélioration de l'état des varices (moins turgescentes), cela signifie que les valvules de la saphène interne sont insuffisantes et qu'elles ont permis un flux rétrograde;

b) Aucune modification de l'état des varices fait présumer un état satisfaisant des valvules;

c) Une aggravation de l'état des varices (engorgement plus accentué) suggère un blocage plus ou moins marqué des veines profondes.

Cette épreuve peut être faite à différents niveaux et permet d'évaluer l'état des veines communiquantes entre le système nerveux superficiel et le système profond.

2° L'artériographie et la phlébographie.

L'Artériographie et la Phlébographie permettent d'évaluer avec précision la richesse capillaire des régions donneuses et réceptrices. ainsi que les lésions d'obstruction ou de déficience que peuvent présenter les systèmes vasculaires des régions à greffer.

Dans ce cas, les interventions plastiques devront être obligatoirement précédées des opérations vasculaires indispensables.

II. SOINS POST-OPÉRATOIRES

Ces soins ne diffèrent pas de ceux apportés aux autres variétés de plasties. Localement, ils sont pratiquement nuls dès la suite immédiate de l'intervention puisque les régions opérées sont incluses dans des appareils plâtrés. Les vaso-dilatateurs — au premier rang desquels vient l'iodure de potassium — seront administrés régulièrement étant donné, en général, le mauvais terrain auquel s'adressent les plasties pédiculées en pont.

III. SECTION DU PÉDICULE

Suivant les auteurs, ce pédicule peut être sectionné en un ou plusieurs temps :

Section en plusieurs temps.

Elle constitue une précaution supplémentaire, lorsqu'on a une crainte sur la vascularisation fournie au transplant par son lit récepteur. Dès la section du pédicule, le lambeau doit vivre avec les seules ressources nutritives de sa zone d'application. La section en plusieurs temps du pédicule de rattachement à la zone donneuse, permet d'apprécier au niveau de la section l'importance de ces ressources. De plus, si cette irrigation de la zone réceptrice est déficiente, la portion non encore sectionnée du pédicule permet d'assurer la vitalité du lambeau.

Section en un seul temps.

Il faut, pour la pratiquer, être certain de l'irrigation du transplant. En principe, on emploie toujours cette section en un seul temps. Au bout de vingt jours d'immobilisation sous plâtre, on peut considérer que le greffon est « pris ». On laisse le malade dépourvu d'appareil de contention durant les dix jours suivants durant lesquels sont soigneusement étudiées les variations de température, de coloration du lambeau. Au bout de ce laps de temps supplémentaire, c'est-à-dire au total au bout d'un mois. on sectionne le pédicule en un seul temps. Cette section réalise une berge avivée au point de rattachement du lambeau avec sa région donneuse. Cette berge, porte ouverte à l'infection, doit être incluse dans la zone réceptrice. Pour cela, dans le même temps opératoire, on pratique la suture de la berge du pédicule.

Suture de la berge du pédicule.

Il convient pour cela d'aviver le bord de la zone réceptrice parallèle et sous-jacent à la zone pédiculaire. Ce bord est décollé de façon à recevoir parfaitement affronté le bord correspondant du transplant. Celui-ci est en quelque sorte enchassé et suturé entre les berges de la zone réceptrice. Des néo-vaisseaux ne tardent pas à se former à ce niveau et à améliorer la nourriture du lambeau transplanté.

CHAPITRE V

VARIÉTÉS - INDICATIONS

VARIÉTÉS

Hormi les greffes labio-labiales, les plasties en pont réalisées à ce jour imposent pour région réceptrice ou pour région donneuse un segment de membre. Mieux que toutes explications, c'est par les schémas suivants que nous décrirons les multiples variétés de ces greffes :

1° *Labio-labiales;*

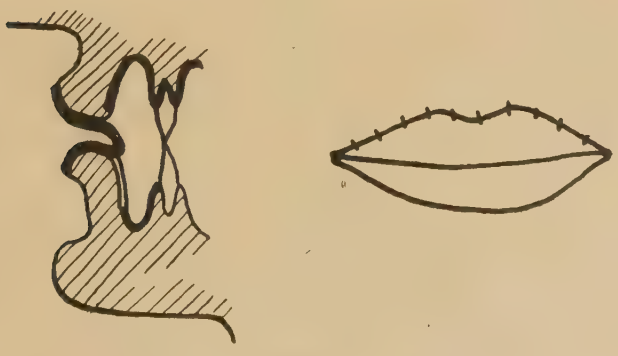


FIG. 9.

Fig. 10.

2° *Brachio-faciales* (presque exclusivement utilisées pour les réfections nasales. Méthode italienne déjà illustrée), cf. fig. 1 et 2.

3° *Brachio-brachiales* pour plaies des régions antibrachiales;

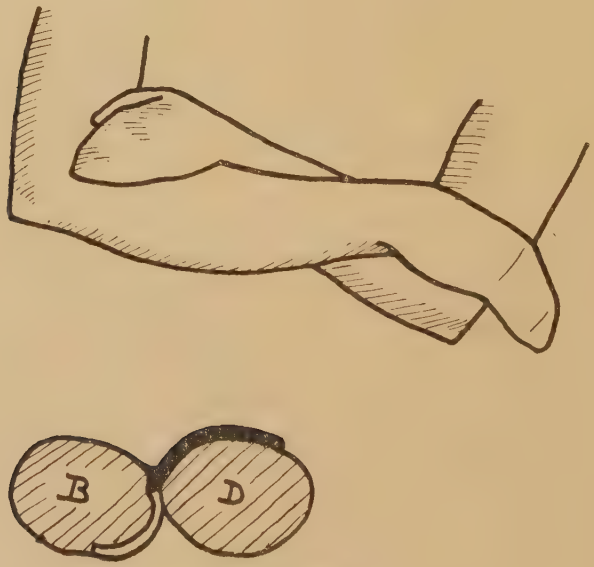


Fig. 11

4° *Thoraco-brachiales;*

Fig. 12.

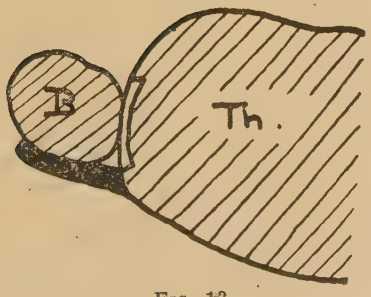


Fig. 13.

5° *Abdomino-antibrachiales,* en général sus-ombilicales;

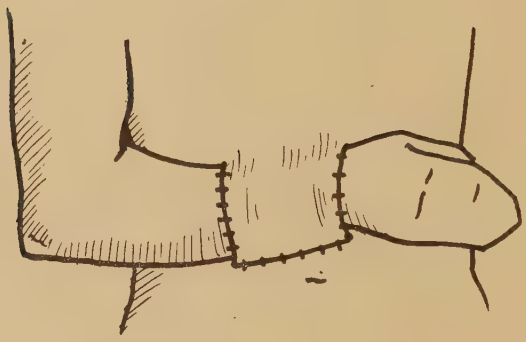


Fig. 14.

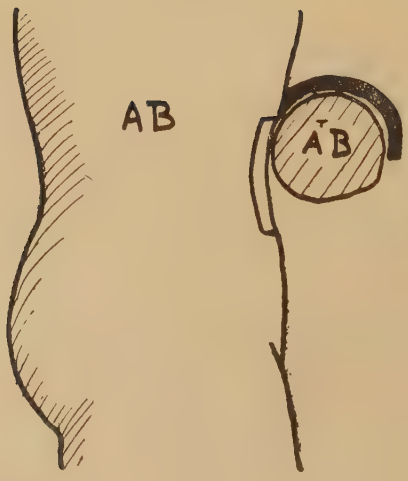
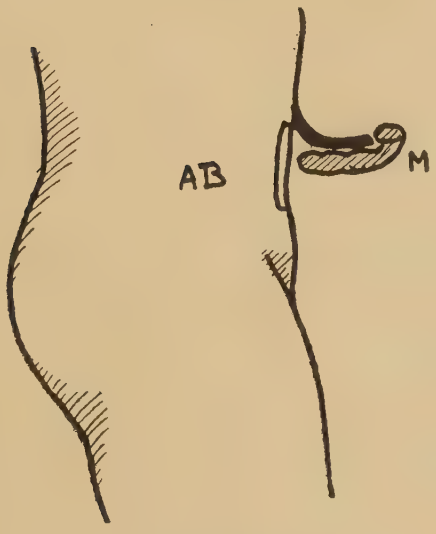


Fig. 15.

6° *Abdomino-manuelles*, en général sous-ombilicales;

Fig. 16.

Fig. 17.



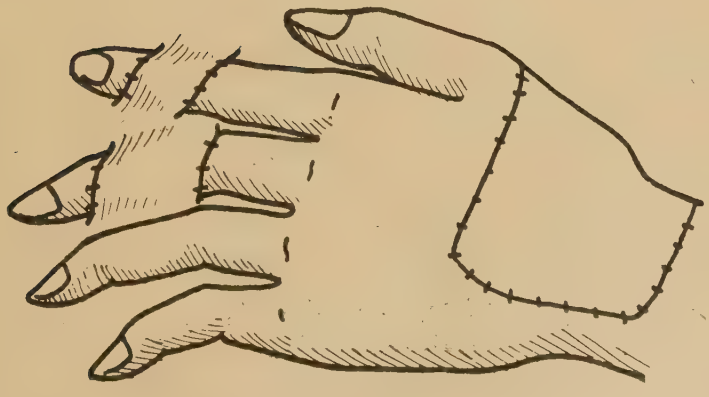


Fig. 18.

7° *Cruro-pédieuses* ou cruro-malléolaires;

Fig. 19.

8° *Jambo-jambières* déjà dessinée jambo-malléolaire en immobilisation rétrograde;

déjà dessinée, voir fig. 8.

Fig. 20.

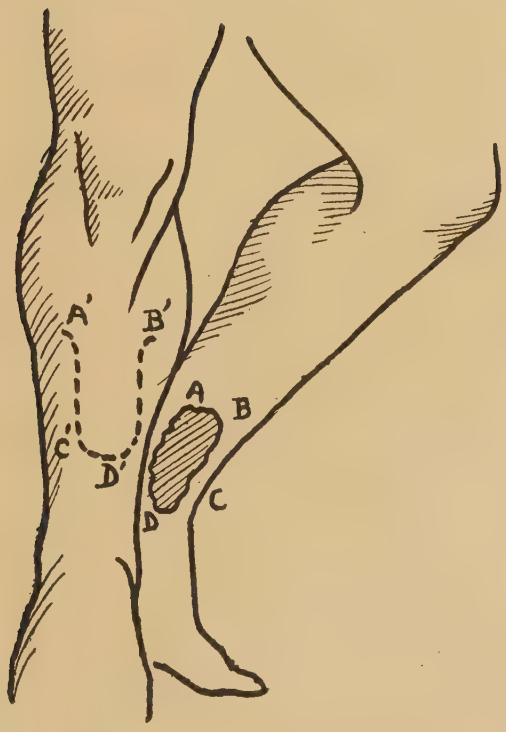


Fig. 21. — Greffe jambo-jambière.

Fig. 22. — Greffe jambo-malléolaire en immobilisation directe.

9° *Jambo-pédieuses.*

Fig. 23.

Fig. 24.

Fig. 25.

INDICATIONS

Les indications sont, en général, les mêmes que celles de greffes pédiculées tubulées. Néanmoins, la greffe en pont nécessite une région réceptrice avivée et ne permet pas si elle n'a pas été au préalable doublée, des réfections simultanées des deux faces (face externe et face vestibulaire d'une lèvre par exemple).

La greffe en pont n'aura donc à l'état pur qu'une indication de revêtement par un tissu de qualité et non l'ambition de rendre le galbe d'une région détruite. Son indication majeure réside dans les réfections de membre. Par le simple jeu des articulations, la zone réceptrice vient au contact de la région donneuse. Ainsi, sont évitées les nombreuses transplantations directes ou par hôte intermédiaire qu'imposent parfois les greffes cylindriques.

La greffe à l'italienne, telle qu'elle est décrite « historiquement ». visant à la réfection nasale, est une greffe en pont inverse, puisque, dans ce cas, c'est la région donneuse (le membre supérieur) qui vient au niveau de la région à laquelle il va donner naissance.

Une autre variété de greffe en pont est réalisée dans la réfection de la muqueuse de la lèvre supérieure par retournement d'un lambeau muqueux, en provenance de la face vestibulaire de la lèvre inférieure.

Il existe une contre-indication formelle : la mauvaise vascularisation de la zone donneuse et une mauvaise « préparation vasculaire » de la zone réceptrice.

Une de nos observations — la troisième — est particulièrement significative à ce sujet :

M. D... n'a pas accepté un lambeau retardé craignant un inutile retard à son intervention définitive. D'où, vascularisation diminuée d'un lambeau prélevé sur une jambe dont les qualités plastiques sont aléatoires. De plus, en vue d'améliorer la région réceptrice, une sympathectomie périfémorale a été pratiquée, mais beaucoup trop longtemps à l'avance.

Pour certains la greffe pédiculée après sympathectomie préalable, doit être accolée à la région réceptrice au quinzième jour qui suit l'intervention vasculaire. Une région réceptrice et une région donneuse mal prépa-

rées sont les contre-indications formelles des greffes en pont.

AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS

Nous ne reviendrons pas sur les avantages de la méthode; ils découlent amplement des passages antérieurs. Néanmoins, la réalisation de ces transplants impose le choix des régions de prélèvement au niveau d'une zone dont les nécessités physiologiques sont analogues ou, encore mieux, semblables à celles de la région réceptrice.

Par exemple : Nous avons eu l'occasion de voir un blessé opéré par greffe en pont pour écrasement de la partie interne de la face plantaire d'un pied. Les tissus de plastie ont été, dans le cas particulier, empruntés à la face antéro-interne de la cuisse. Or, la face plantaire du pied possède des téguments épais, en partie kératinisés même. La peau de la cuisse. surtout sur sa zone interne, est fine, souple, et le résultat s'il fut excellent du point de vue plastique, fut franchement afonctionnel. La peau transplantée était, en effet, le siège perpétuel de phlyctènes et d'ulcérations qui, si elles étaient insensibles au malade, n'en constituaient pas moins une porte constamment ouverte à l'infection. C'est le plus gros inconvénient que l'on reconnaisse à ces plasties, car les nécessités physiologiques ne vont pas forcément de pair avec une possibilité d'exécution opératoire compatible durant « le temps de prise », avec une position commode pour le blessé.

CHAPITRE VI

APPLICATIONS PRATIQUES

Observation L...

Salle Audry, hôpital de Purpan, hospitalisé le 25 mars 1946.

Entré dans le service pour un vaste ulcère de la jambe droite.

Rien dans les antécédents, de particulier, si ce n'est une entorse grave en 1939, à laquelle le blessé attribue le début de sa maladie.

Un œdème persiste après guérison, s'étendant progressivement à tout le membre inférieur, Peu à peu, cet œdème se localise à la face interne du tibia et apparaît un ulcère occupant la presque totalité de cette région. Malgré de multiples injections sclérosantes variqueuses, malgré une saphènectomie, l'ulcère ne régresse pas. En 1943, un examen sérologique révèle une réaction de Bordet-Wasserman positive. Un traitement spécifique institué s'avère inopérant. En 1945, nouveau traitement: aucun résultat. En 1946, les douleurs éprouvées deviennent intolérables. Elles amènent le malade à être hospitalisé dans le service de chirurgie de M. le Professeur Ducuing.

Une sympathectomie péri-fémorale est pratiquée sans résultat. En désespoir de cause, une greffe va être tentée. Il ne faut pas songer à pratiquer une greffe libre sur une zone (face antéro-interne) de la jambe de mauvaise irrigation encore aggravée par le fait que la vascularisation du membre inférieur tout entier est perturbée.

Il est préférable, l'âge du malade permettant une position incommode qu'une personne âgée ne supporterait pas, de faire une greffe cruro-malléolaire.

Le 15 juillet 1948, décollement du lambeau crural sur la face interne de la cuisse gauche, de la dimension de l'ulcère à combler. Réinsertion du lambeau en place suivant le principe des lambeaux retardés. Quinze jours après, greffe cruro-malléolaire, immobilisation plâtrée. Vingt jours après, section du pédicule nourricier et suture de sa base d'implantation sur la zone réceptrice.

Résultat excellent.

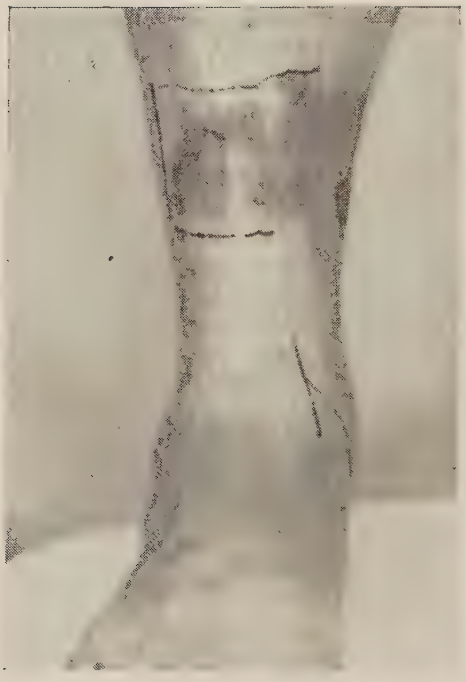
Observation D...

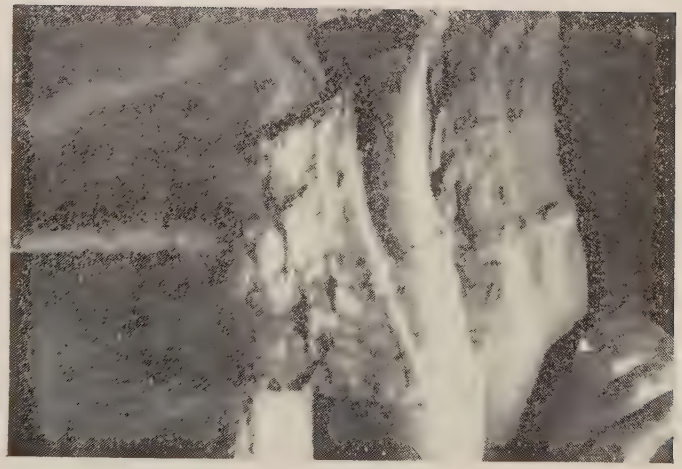
Agée de 40 ans. Clinique Sarrus. Malade entrée le 10 décembre 1946. atteinte de phlébite il y a dix ans, un an après ulcère trophique dans la jambe gauche, siégeant sur sa face interne. Grâce aux traitements locaux apportés, cet ulcère guérit et reste guéri durant cinq ans. Il réapparaît au bout de ce laps de temps.

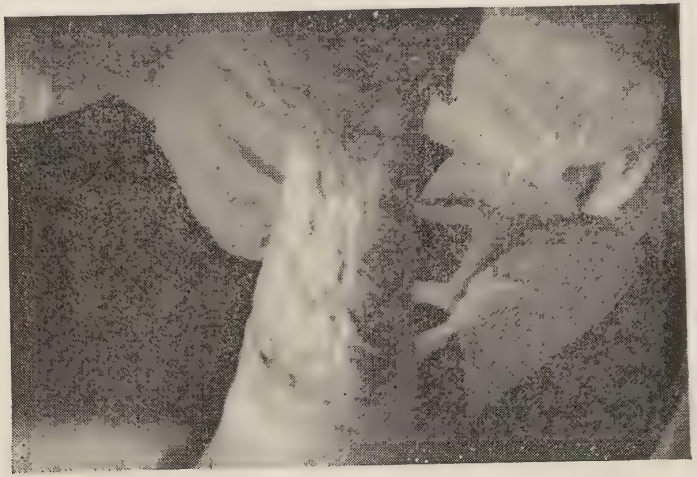
En 1945, le Docteur Gouzy pratique une sympathectomie péri-fémorale et une crossectomie de la veine saphène interne, sans aucun résultat sur la zone dystrophique.

Dans le cas particulier, il eut été préférable de pratiquer un lambeau retardé chez cette malade dont les antécédents permettent de douter de la « qualité » circulatoire de ses membres inférieurs.

Mais, pusillanime, elle ne se résout pas à accepter deux interventions consécutives pour aussi bénigne que puisse être la première des deux. Ainsi, est-ce en un seul temps que le 21 décembre 1946, on pratique une greffe en pont, jambo-jambière, la région donneuse était dans ce cas la face postérieure de la jambe droite.







Le 7 janvier 1947, section du pédicule nourricier; résultat immédiat parfait, hormis un petit point de nécrose inférieur. Cet ulcère s'est avéré rebelle à toutes les thérapeutiques concommittantes, en particulier, les infiltrations lombaires. Donc, résultat partiel. Une nouvelle tentative de greffe aurait pu être faite.

CONCLUSION

Nous ne saurions mieux conclure cette sommaire contribution à l'étude des greffes en pont qu'en adoptant la conclusion de celui que l'on peut à juste titre considérer comme le créateur de la chirurgie plastique, au sens où elle doit être actuellement comprise : Ombrédanne.

« L'emploi de la méthode italienne est indiquée :

« 1° Lorsque les greffes de Thiersh ont échoué, malgré toutes les précautions;

« 2° Lorsqu'un ulcère de jambe, préalablement greffé et guéri, se rouvre à nouveau;

« 3° Lorsqu'une perte de substance étendue siège au voisinage immédiat d'une articulation. Dans ce cas, la cicatrice obtenue avec des greffes de Thiersh serait trop rétractile, de plus ce mode d'autoplastie exige que la plaie soit arrivée à la période de granulation; pendant ce temps, se constitue dans la profondeur du tissu inodulaire (tissu fibreux) dont la présence diminuera ou supprimera les mouvements de la jointure adjacente. Seule, la greffe italienne peut fournir rapidement un lambeau échappant suffisamment à la rétraction, pour permettre à l'articulation de conserver tous ses mouvements;

« 4° Lorsqu'il s'agit de traiter par extirpation une cicatrice vicieuse, juxta-articulaire, limitant les mouvements de cette jointure, il faudra alors extirper d'abord tout le tissu inodulaire, puis combler immédiatement la brèche au moyen d'un lambeau italien; c'est la seule manière d'éviter la récidive;

« 5° Lorsque le tissu de cicatrice devra supporter des pressions énergiques et répétées, les pertes de substances étendues du talon ou de la région plantaire antérieure, correspondant au niveau de la tête des métatarsiens, doivent être comblées par lambeau italien, sous peine de voir la cicatrice devenir douloureuse ou s'ulcérer lorsque le malade recommence à marcher.

« Somme toute, les indications de la méthode italienne sont représentées par les cas où les greffes libres ont échoué, ou fourniraient une cicatrice trop rétractile ou trop mince. »

Le Président du Jury :
VIRENQUE.

Vu, le Doyen :
LEFEBVRE.

Vu et permis d'imprimer,
Toulouse, le 6 avril 1949.

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université :
DOTTIN.

BIBLIOGRAPHIE

BERGER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1900, p. 141.

DELBET. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1901, p. 56.

ETCHEVERRY. — *Thèse*, Lyon, 1898, p. 21.

JOBERT DE LAMBALLE. — *Traité de Chirurgie plastique*, p. 58.

MARTINOT. — *Thèse*, Paris, 1899-1900, p. 38.

MAUCLAIR. — *Greffes*.

METIN. — *Thèse*, Lyon, 1887-1888, p. 96.

MORESTIN. — *Gazette des Hôpitaux*, 19 mai 1901, p. 561.

OMBRÉDANNE. — *Les Autoplasties (tête, cou, tronc)*, Paris, 1907.

ROCHARD. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1902, p. 53.

SÉCAIL. — *Traité de Chirurgie plastique*, en préparation.

TUFFIER. — *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1904, p. 947.